

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

GIL DIAS DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

5467512 SSP PE

CPF

033.766.684-93

DATA NASCIMENTO

15/04/1979

FILIAÇÃO

JOAO MANOEL DA SILVA

SEVERINA DIAS DA SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AD

Nº REGISTRO

02729907620

VALIDADE

03/12/2020

1ª HABILITAÇÃO

03/02/2003

OBSERVAÇÕES

sem observações

*Gil Dias da Silva*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

TIMBAUBA - PE

DATA EMISSÃO

03/12/2015

*[Signature]*  
ASSINATURA DO EMISSOR

31823000944

PE069900140

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1217378150

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1217378150

Scanned by CamScanner



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-502  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | fone: 0800543123 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

GIL DIAS DA SILVA

CPF: 033.760.884-93

**CLASSIFICAÇÃO**

B2 RURAL  
AGROPECUARIA RURAL

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

SI 71XA, 520

ZONA RURAL MACAPARANA/MACAPARANA R  
MACAPARANA/PE  
55665-000

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
078750016	UNICA	24/09/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
24/09/2019	20011991627	8143791

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7020274390	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LEITURA
01/10/2019	25/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	23,27

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (KWh)	35,0000000	0,99243849	21,32
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,04
ICMS Subvenção - CDE NF 071105839-25/07/19			0,18
Compensação DMK 07/19			-0,26
<b>TOTAL DA FATURA</b>			23,27

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
2153787/93	CAT	26/09/2019	7.374,00	24/09/2019	7.410,00	29	1.00000		35,00

**HISTÓRICO DE CONSUMO**

Mes/Ano - kWh

SET 19	36
AGO 19	85
Jul 19	30
JUN 19	34
Mai 19	45
ABR 19	89
MAR 19	32
FEV 19	67
JAN 19	275
DEZ 19	28
NOV 19	239

**REFORMAÇÕES DE TRIBUTOS**

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	23,38	15,00	3,51
PIS	23,38	0,65	0,15
COFINS	23,38	3,75	0,88

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

	R\$	%
Geração de Energia	9,00	34,50%
Transmissão	0,81	3,47%
Distribuição (Carga)	4,91	18,02%
Perdas de Energia	0,25	0,94%
Encargos Setoriais	1,18	4,92%
Tratamento	0,05	0,20%
Total	23,26	100%

**TARGAS APLICADAS**

2,4174800

**RESERVADO AO FISCO**

Scanned by CamScanner



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Gil Dias da Silva, brasileiro, casado, mecânico, RG: 5.467.512 SSP/PE e CPF: 033.766.684-93, residente no Sítio Tiza, N: 530, Zona Rural, Macapá-nama / PE.

**OUTORGADO:** PAULO ANTÔNIO COELHO CASTOR, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº 20.832 e portador do CPF sob o nº 802.111.353-72, com escritório situado na Rua José de Alencar, nº 44, sala 42, Boa Vista, CEP 50070-075, Recife/PE.

**PODERES:** Pelo presente instrumento de procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui o advogado retro Outorgado a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e de defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, para ingressar com Ação de Indenização por Ato Ilícito, em face de qualquer seguradora integrante do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP e revigorado pela Lei nº 8.441/92.

Recife, 10.02.2020

Gil dias da Silva  
Outorgante



### DECLARAÇÃO

**D E C L A R O**, para os devidos fins, de fato e de direito, nos termos da Lei nº 1.060/50, que sou pobre e que, portanto, não poderei arcar com as custas processuais, sem prejuízos próprios e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente, sob as penas da lei.

Recife (PE), 30 de fevereiro de 2020 .  
Gil dias da Silva





## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0154001307



## Complemento / Observação

A VÍTIMA RELATA QUE ESTAVA PILOTANDO A REFERIDA MOTOCICLETA NO LOCAL ACIMA CITADO, QUANDO UM MOTOCICLISTA NÃO IDENTIFICADO SAIU DE UMA RUA E ENTROU EM SUA FRENTE SEM SINALIZAR, FAZENDO COM QUE A VÍTIMA SEM CHANCES PARA DESVIAR COLIDISSE NA SUA LATERAL, DAÍ A VÍTIMA PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTO E CAIU AO CHÃO, COM SÉRIAS LESÕES FOI SOCORRIDA POR UMA UNIDADE DO SAMU PARA O HOSPITAL LOCAL E EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL GERTÚLIO VARGAS EM RECIFE-PE DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS.

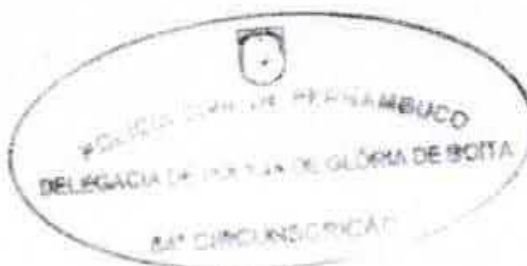
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

GIL DIAS DA SILVA

(VÍTIMA)

*Gil dias da Silva*  
R.O. registrada por: **SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: 159.816-3

**Severino Evaldo do Nascimento**  
Comissário Especial de Polícia  
Mat. 159.816-3





SAMU  
192

SECRETARIA DE SAÚDE

16:25

16:35

21:03

Data de Solicitação: 04/07/2019  
Motivo da Solicitação: queda de moto

5.649764.

☒ VIA PÚBLICA

☐ DOMICILIO

☐ Clínico

☐ Clínico

☐ HANGAR

☐ GINECOLOGIA

☐ Causas Externas

☐ Causas Externas

☐ MATERNO-INFANTIL

☐ PEDIATRIA

☐ TRAUMATOLOGIA

☒ TRAUMATOLOGIA - B. Aires

IDENTIFICAÇÃO

Paciente: Gil Dias da Silva, 40 anos

Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino

Endereço: Ponto do Abatedouro da Maurúcia

Endereço: Emerson

End. Oper: BR-408

Endereço: Sítio Xixa - Timbaúba - Endereço da vítima

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES/VIOLÊNCIA)

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Atividade

Scanned by CamScanner

# HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 741732

Prontuário: 1124307

Nome: GIL DIAS DA SILVA

Data Naso.: 15/04/1979

Idade: 40

Sexo: MASCULINO

Cór: 706703720155320

CPF: 0337668493

RG: 5487512

Endereço: SÍTIO XIXA

Nº: 510

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: TIMBAUBA

Estado: PE

CEP: 55875970

Fone: 93799819

Profissão:

Nome da Mãe: SEVERINA DIAS DA SILVA

Acompanhante: MARIA DE FATIMA

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA = 5730158 RELATA VINDO DO TRABALHO COLISAO MOTO - CARRO APRESENTANDO DOR + EDEMA +

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

2 - ATENDIMENTO DATA: 04/07/2015 HORA: 19:34 Médico:

1ª Principal / HDA:

*Lesão com história de colisão moto com carro apresentando dor + edema +*

## História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☒ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐ Tipo:

Colisão: Sim ☒ Não ☐ Tipo:

Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Atrópeamento: Sim ☐ Não ☒ Local de Impacto:

Vítima de Fartamento: Sim ☐ Não ☒ Tipo:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☒ Altura:

Queimadura: Sim ☐ Não ☒ Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Observações:

## Exame Físico:

A: Geral

Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp:

*ECG, sem alterações, estável*

B: Respiratório

*PUV, RAL, HRA*

C: Circulatório

PA: x mm Hg Pulso: bpm

*PCR, LT, RUF, HRA*

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ VSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isotônicas ☐ Anisotônicas ☐

Glasgow Abertura Ocular:

Glasgow Resposta Verbal:

Glasgow Resposta Motora:

Escore:

Escore:

Escore:

Hora:

Hora:

Hora:

*ECG: 15*

*NIE: Delírio, desorientação, VV, p/...*





GIL DIAS DA SILVA		01124307	
741737	MASCULINO	40s-3m 17d	CLINICA-TRAUMATOLOGICA, CLTRAU



**Relatório de Alta Hospitalar**  
ORTOPEDIA/TRAUMATO

**Diagnóstico:**

FRATURA-LUXAÇÃO DE TORNOZELO ESQUERDO

**Tratamento:**

04/07/19: REDUÇÃO INCRUENTA + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM TORNOZELO ESQUERDO  
30/07/19: REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSSINTESE COM PLACA ALCP + 02 PARAFUSOS CORTICAIS (SENDO 01 TRANSINDERMÓDIAL) + 04 PARAFUSOS BLOQUEADOS

**OBS:**

ORIENTAÇÕES: 1) CEFALEXINA 500MG: 01 CP, VO DE 6/6H POR 07 DIAS. ANALGÉSICO; 2) RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE ORTODONTIA EM 15 DIAS; 3) CARGA ZERO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO (NÃO PISAR); DEAMBULAR COM AUXÍLIO DE MULETA; 4) CURATIVO DIÁRIO; 5) EM CASO DE FEBRE E/OU INFECÇÃO PROCURAR SERVIÇO DE URGÊNCIA.

**Condições Clínicas (no momento da Alta)**

BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS.

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
04/07/2019	01/08/2019

Dr. Maurício Cezar  
Médico  
CRM PE 27.559

Recife, 01 DE AGOSTO DE 2019

MAURICIO CEZAR MONTEIRO BERTINO - CRM: Nº.27559

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV  
Av. Get. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 51630-060  
CNPJ - 10.572.048/0005-51  
Fone - (01) 3184-5600

Scanned by CamScanner



50

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA

GOVERNO DE  
Pernambuco

**BOLETIM DE ESCLARECIMENTO**

NOME: GIL DIAS DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 741732

1.1 - Atendimentos em: 04/07/19

1.2 - Às 19 horas e 34 minutos.

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1124307

2.1 - Internado em: 04/07/19

2.2 - Alta em: 01/08/19

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

4. Tratamento: 1ª CIRURGIA EM 04/07/19 = REDUÇÃO CRUENTA + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR. 2ª CIRURGIA EM 30/07/19 = REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO

DATA: 1.10.2019

HORA: 10:51:18

PASTA: 01.10.2019

TB

RS

Tadeu Buri  
Cir. Vascular  
CRM: 3019

Dr. Tadeu Buri.

Scanned by CamScanner



# HEC

Hospital Ermirio Coutinho



**Hospital Infantil**  
**Maria Lucinda**  
Fundação Menor de São Paulo

LAUDO PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Unidade de Saúde		Município	Região de Saúde		
Nome do Paciente: <i>Sil Dias da Silva, 40 anos</i>					
Quadro Clínico: <i>Ata médica de ocorrência noticiada às 10h, com relato de perda de consciência e com monitor, sem fôlego e pulso e desprovidos em prontidão médica. E</i>					
Diagnóstico: <i>Ex c (r) de fratura em fratura distal E</i>					
① Fratura de fíbula distal E					
1º REMOÇÃO	Destino	<i>HGV - 5770186</i>	Município	H de Saída	H de Chegada
	Motivo (Registro Detalhado): <i>Avaliação da Trauma-Integridade</i>				
2º REMOÇÃO	Assinatura do Médico Assistente		Nº do C.R.M.	Data	
	<i>Mediana Alexim Rocha</i>		<i>18.116</i>	<i>07/07/19</i>	
	Destino	Município	H de Saída	H de Chegada	
	Motivo (Registro Detalhado): <i>Fato: ① Respeito com SE 0,5, -10 e IV</i>				
Assinatura do Responsável		Nº do C.R.M.	Data		
Autorizo a Transferência					
Médico Chefe do Plantão					
Carimbo / Assinatura					
Confirmo o Motivo Administrativo					
Enfermeira Chefe do Plantão					
Carimbo / Assinatura					
Unidade Prestadora do Atendimento				Município	
Especificação do Atendimento Prestado					
Assinatura do Responsável			Nº do C.R.M.	Data	

Scanned by CamScanner





GIL DIAS DA SILVA		01124387	
741737	MASCULINO	40e-3m 17d	CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU



**Relatório de Alta Hospitalar**  
ORTOPEDIA/TRAUMATO

**Diagnóstico:**

FRATURA-LUXAÇÃO DE TORNOZELO ESQUERDO

**Tratamento:**

04/07/19: REDUÇÃO INCUJENTA + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM TORNOZELO ESQUERDO  
30/07/19: REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSINTESE COM PLACA ALCP + 02 PARAFUSOS CORTICAIS (SENDO 01  
TRANSSINDESMOIAL) + 04 PARAFUSOS BLOQUEADOS

**OBS:**

ORIENTAÇÕES: 1) CEFALEXINA 500MG: 01 CP, VO DE 6/6H POR 07 DIAS, ANALGÉSICO; 2) RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE  
DR JADER EM 15 DIAS; 3) CARGA ZERO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO (NÃO PISAR). DEAMBULAR COM AUXÍLIO DE  
MULETA; 4) CURATIVO DIÁRIO; 5) EM CASO DE FEBRE E/OU INFECÇÃO PROCURAR SERVIÇO DE URGÊNCIA.

**Condições Clínicas (no momento da Alta)**

BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
04/07/2019	01/08/2019

Dr. Maurício Cezar  
Médico  
CRM-PE 27559

Recife, 01 DE AGOSTO DE 2019.

MAURÍCIO CEZAR MONTEIRO BERTINO - CRM: Nº 27559

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - HGV  
Av Gal. San Martín, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060  
CNPJ - 10.572.048/0005-51  
Fone - (81) 3194-5600

Scanned by CamScanner





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL  
GETÚLIO VARGAS



## Secretaria Estadual de Saúde

### RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: GIL DIAS DA SILVA REG: 1124307

Data da operação: 04/07/2019

Operador: DR. SERGIO TAVARES

1º auxiliar: auxiliar: DR. EMMANUEL COSTA (MR1)

2º auxiliar: DRA JULIANA PIVANTI (MR1)

Anestesista: O PLANTONISTA

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA LUXAÇÃO DE TORNOZELO  
ESQUERDO

Tipo de operação: REDUÇÃO INCRUENTA + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO  
TRANSARTICULAR EM TORNOZELO ESQUERDO

#### Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raqui anestesia;
- 2) Antissepsia + assepsia;
- 3) Aposição de campos estéreis;
- 4) Observado fratura luxação de tnz esquerdo sob fluoroscopia;
- 5) Realizado redução incruenta de fratura luxação de tnz esquerdo;
- 6) Confirmado redução sob fluoroscopia;
- 7) Realizado aposição de fixador externo tubo a tubo transarticular em tornozelo esquerdo;
- 8) Confirmado redução mantida sob fluoroscopia;
- 9) Curativo estéril
- 10) Boa perfusão distal ao final do procedimento

OBS: AVALIAÇÃO DO GRUPO DO PÉ/TORNOZELO

OBS: TAMANHO DO PINO DE SCHANZ DISPONÍVEL INCOMPATÍVEL COM O META DO PACIENTE. NÃO FOI  
CONSEGUÍDO ALINHAMENTO DO MESMO EM 45 GRAUS. SISTEMA TRAVADO E BOA REDUÇÃO DO SISTEMA  
APESAR DO SCHANZ DO META N FICAR COMO PENSADO.

De Emanuel Costa  
Assessor  
Cirurgião Plástico

Scanned by CamScanner



50

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL  
GETÚLIO VARGAS



**Secretaria Estadual de Saúde**  
**RELATÓRIO DA OPERAÇÃO**

Nome do paciente: GIL DIAS DA SILVA REGISTRO: 1124307

Data da operação: 30/07/2019

Operador: DR JADER 1º auxiliar: DR. HEBERT DR ABÍLIO CRUZ

Anestesista: PLANTONISTA

TORNOZELO ESQUERDO

Tipo de operação: REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE  
MALEOLO LATERAL ESQUERDO

**Descrição cirúrgica:**

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia local;
- 2) Carreteado MIE
- 3) Assepsia e antisepsia;
- 4) Aposição de campos cirúrgicos estéreis;
- 5) Observado fratura de fibula distal
- 6) Realizado redução cruenta + fixação com placa A-LCP tipo terço de cano com 2 parafusos corticais, sendo um deles transiliossoidal e 4 parafusos bloqueados
- 7) Curativo estéril;
- 8) Retirado garrote de MIE
- 9) Observado boa perfusão distal ao fim do procedimento.

Dr. Abílio Cruz  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEPE 27980

02

Scanned by CamScanner





# HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen: <i>NU</i>	
Diagnóstico Inicial: <i>Exatase lúmen de TUV Exatase</i>	
Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica	
Exames Solicitados: 1 - Especializados	
Resultado de Exames:	Dr. Silvio Conte Médico CRM-PE 53.155
Treatmento / Procedimentos:	Código Procedimento:
	Ass. Médico + Carimbo Código Procedimento:
Indicação Cirúrgica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:	Ass. Médico + Carimbo
Evolução da Enfermagem:	
Diag. Definitivo:	Ass. Enfermeira + Carimbo
Definição do Caso:	Condição de Alta:
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadli-se	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito
Informação do Serviço Social:	
Confirmação do Nome:	Assist. Social:
Confirmação do Endereço:	
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Estudo de Caso <input type="checkbox"/> Exames Externos: <input type="checkbox"/>	Assist. Social
Observações:	
Autorização para Alta / Internamento / Transferência	
Médico:	CRM/CRO
Termo de Responsabilidade Para Internamento:	Data
- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Termo de Responsabilidade da Alta a Pedido:	
Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Cadastramento: 04/07/2019 19:34 h	EDILENERS
Impressão: 04/07/2019 19:34 h	EDILENERS

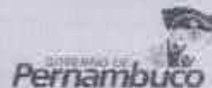
Médico

Scanned by CamScanner





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



### BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: GIL DIAS DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 741732

1.1 - Atendimentos em: 04/07/19

1.2 - Às 19 horas e 34 minutos.

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1124307

2.1 - Internado em: 04/07/19

2.2 - Alta em: 01/08/19

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

4. Tratamento: 1ª CIRURGIA EM 04/07/19 = REDUÇÃO CRUENTA + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR. 2ª CIRURGIA EM 30/07/19 = REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DO MALEOLO LATERAL ESQUERDO.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO

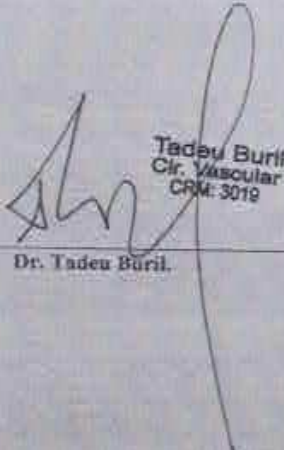
DATA: 1.10.2019

HORA: 10:51:18

PASTA: 01.10.2019

TB

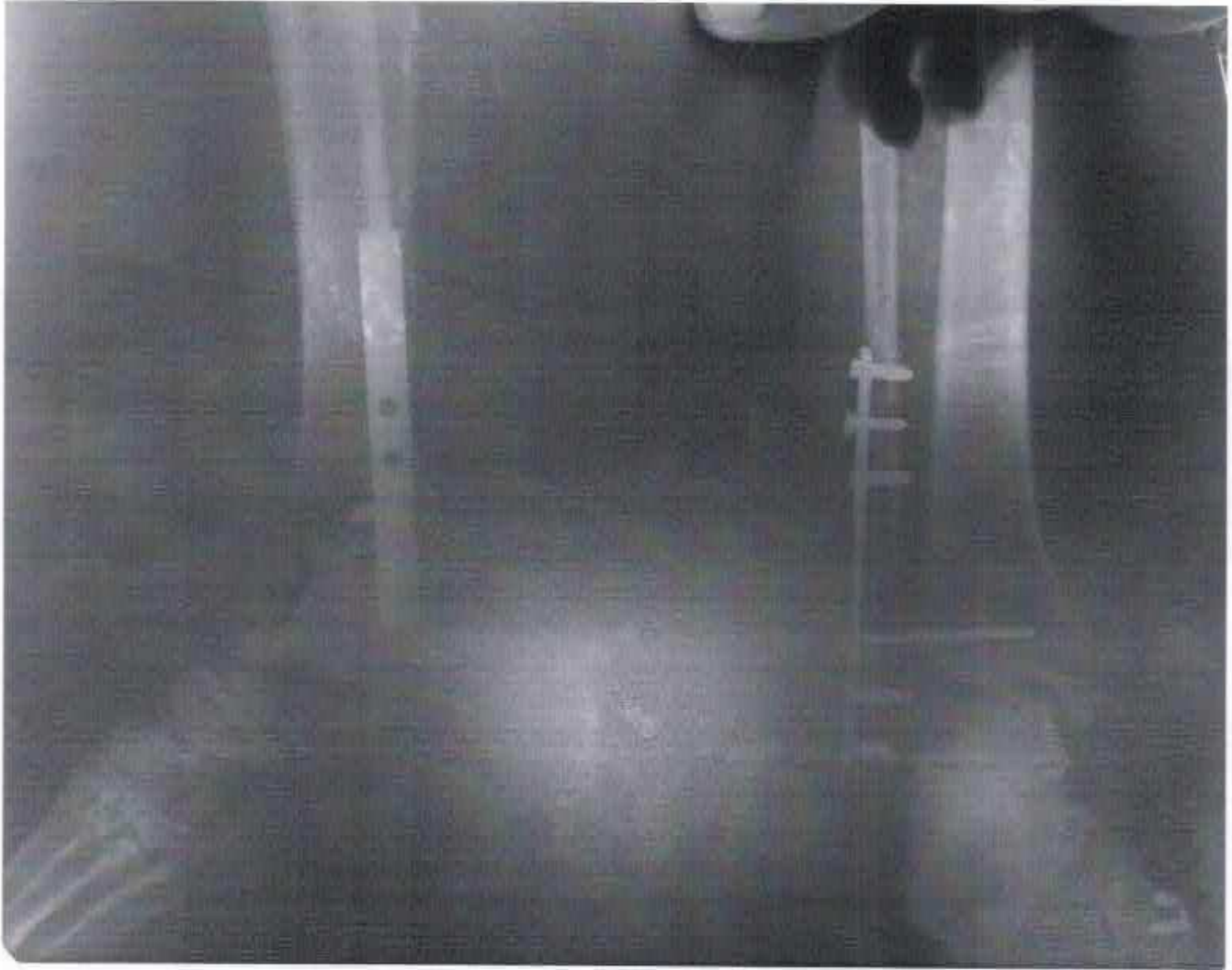
RS

  
Dr. Tadeu Buri.

Tadeu Buri  
Cir. Vascular  
CRM: 3019

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



**RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**

**DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)**

DATA DO ACIDENTE: 4/7/19	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO DO MÉDICO: 4/7/19
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Gil Dias do Silva	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura Luxação Tornozelo E	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento cirúrgico Tornozelo E Atto 1/8/19	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE? SE POSITIVO DESCREVER: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ, PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

**GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o seguimento ou órgão atingido).**

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1°	Perda de movimento
2°	Edema (+ + 194)
3°	Perda de sensibilidade interna e externa
4°	Perda de flexão e extensão
5°	15% perda

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 22/11/19 a 22/11/19  
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Local: Caruaru	data: 22/11/19	assinatura e carimbo:
----------------	----------------	-----------------------



**SINISTRO 3190664535 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA** GIL DIAS DA SILVA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**

TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

**BENEFICIÁRIO** GIL DIAS DA SILVA

**CPF/CNPJ:** 03376668493

**Posição em 30-01-2020 13:55:48**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

<b>Data do Pagamento</b>	<b>Valor da Indenização</b>	<b>Juros e Correção</b>	<b>Valor Total</b>
13/12/2019	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

